

*Handlingarna skickas till:***NYKÖPINGS KOMMUN**
Social omsorg
611 83 Nyköping

Handlingar som förutom denna blankett skall lämnas till kommunen:

*- Intyg av arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig om att arbetena är nödvändiga med hänsyn till funktionsnedsättningen.**- Vid mer omfattande åtgärder kan ritning och teknisk beskrivning behövas, samt offert eller kostnadsberäkning.***Person med funktionsnedsättning**

Personnummer *	Namn *	Funktionsnedsättning *
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående	Hjälpmedel <input type="checkbox"/> Elrullstol <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Käpp	Annat hjälpmedel

Sökande

Namn *	Telefon *	E-postadress
Adress *	Postnummer *	Ort *

Kontaktperson

Namn	Telefon	E-postadress
Adress	Postnummer	Ort
Relation	Fullmakt för kontaktpersonen att företräda den funktionsnedsatte finns <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Huset, bostaden, övrigt

Bostaden ligger i * <input type="checkbox"/> Flerbostadshus <input type="checkbox"/> Småhus	Bostaden innehas med * <input type="checkbox"/> Hyresrätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Äganderätt	Botyp <input type="checkbox"/> Ordinärt boende <input type="checkbox"/> Särskilt boende	Bor på våning	Byggår
Hiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Tidigare erhållit bostadsanpassningsbidrag i denna bostad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bidrag i annan bostad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Inflytt.datum/år i denna bostad *	

Jag söker bidrag till anpassning av min bostad med följande åtgärder *

OBSERVERA! Att om bifogat intyg inte uttryckligen styrker behovet av alla åtgärder kan ansökan behöva kompletteras innan beslut.

(Om utrymmet inte räcker – fortsätt på baksidan eller i särskild bilaga)

*

(Om utrymmet inte räcker – fortsätt på baksidan eller i särskild bilaga)

Problemet i min bostad / Motivet till min ansökan

--

Fastighet

Fastighetsbeteckning	Ägare, namn	Ägare, telefon
----------------------	-------------	----------------

Fastighetsägarens medgivande

(Undertecknas endast om sökanden inte äger fastigheten)

Hyresgästen/Bostadsrättshavaren får vidtaga de åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag söks och är inte skyldig att återställa lägenheten i ursprungligt skick vad avser dessa åtgärder.

Datum	Underskrift/Namnförtydligande
-------	-------------------------------

Sökandens underskrift

Jag medger samtidigt att mina personuppgifter registreras i kommunens datasystem för bostadsanpassningsärenden

Sökt bidragsbelopp

(Frivillig uppgift)

Namnteckning

Kronor

(*) Obligatorisk uppgift